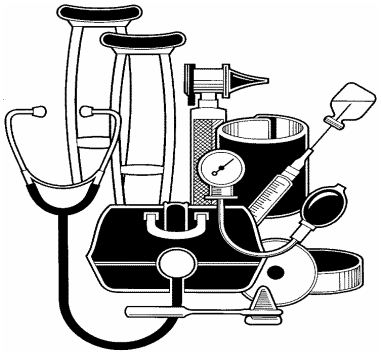

¿Tiene problemas para obtener atención médica o medicina en TennCare?

Llame a su plan de salud primero. El teléfono se indica en su tarjeta de TennCare.

Si aún tiene problemas, llame a TennCare Solutions gratis al **1-800-878-3192.** Ellos le pueden ayudar con su problema O le pueden ayudar a presentar una apelación.
Una apelación es una manera de corregir problemas con TennCare.

Usted tiene el derecho de apelar si:

- TennCare dice que **NO** cuando usted pide atención médica.
- O, TennCare suspende o cambia su atención médica.
- O, tiene que esperar demasiado tiempo para recibir atención médica.
- O, tiene cuentas de atención médica que usted piensa que TennCare debería haber pagado pero no lo hizo.

Usted **solamente** tiene **30 días** para apelar después de enterarse de que hay un problema. Alguien que tenga derecho legal de actuar en su nombre también puede presentar una apelación en su nombre.

Usualmente las apelaciones se deciden en un plazo de **90 días** de haber sido presentadas. ¿Qué debe hacer si no puede esperar 90 días para acudir al médico o tomar su medicina? **Si tiene una emergencia,** su apelación se puede decidir más rápido. Su médico debe indicar por escrito si se trata de una emergencia.

Una emergencia significa que si usted no obtiene la atención médica o la medicina antes de 90 días:

- Correrá riesgo de problemas graves de salud O podría morir.
- O, le causará graves problemas del corazón, los pulmones u otras partes del cuerpo.
- O, tendrán que hospitalizarlo.

¿Piensan usted y su médico que tiene una emergencia?
Si es así, puede pedirle a TennCare una apelación de emergencia.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? ¿Desea apelar?

Llame gratis a TennCare Solutions al **1-800-878-3192.**
Ellos pueden ayudarle a resolver muchos problemas **antes** de que tenga que apelar. También pueden aceptar su apelación por teléfono.

TennCare no permite el trato injusto. Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad o incapacidad. ¿Cree que lo han tratado injustamente? Entonces, llame gratis al Centro de Servicio para Asistencia Familiar al **1-866-311-4290.**

¿Tiene problemas para obtener atención médica o medicina en TennCare?

Need help filing a medical appeal?
- Call **1-800-878-3192** for free.

Versión en español atrás

Use esta página **únicamente** para presentar una

Apelación Médica de TennCare.

Complete **ambas** páginas. Estos son **hechos que debemos tener para tramitar su apelación.** Si no nos dice todo lo que tenemos que saber, es posible que no podamos decidir sobre su apelación. Es posible que **no** le den una audiencia imparcial.

1. ¿QUIÉN es la persona que quiere apelar?

Nombre completo_____ Fecha de nacimiento____/____/_____

Número de Seguro Social_____-_____-_____ O número de su tarjeta TennCare _____

Dirección postal vigente_____

Ciudad_____ Estado _____ Código postal_____

El nombre de la persona a quien debemos llamar si tenemos preguntas sobre esta apelación: _____

Número telefónico de esa persona durante el día (_____)_____-_____

2. ¿QUIÉN completó este formulario?

Si **no** es la persona que quiere apelar, díganos su nombre. _____

¿Es usted: ____ padre/madre, pariente o amigo ____ Representante o abogado
____ Médico o proveedor de servicios médicos

3. ¿PARA qué es la apelación? (Escriba una **X** al lado de la respuesta correcta a continuación.)

___ Quiero **cambiar de plan de salud.** (Complete la **Parte A** en la página 2.)

___ **Necesita atención o medicina.** (Complete la **Parte B** en la página 2.)

___ Tiene **cuentas de atención médica o medicina** que usted piensa que TennCare debería pagar. (Complete la **Parte C** en la página 2.)

4. ¿Piensan usted y su médico que tiene una emergencia?

Usualmente las apelaciones se deciden en un plazo de **90 días** de haber sido presentadas. PERO, **si tiene una emergencia,** es posible que no pueda esperar 90 días. **Una emergencia significa que si usted no obtiene la atención médica o la medicina antes de 90 días:**

- Correrá riesgo de problemas graves de salud O podría morir.
- O, le causará graves problemas del corazón, los pulmones u otras partes del cuerpo.
- O, tendrán que hospitalizarlo.

¿Piensan usted y su médico que tiene una emergencia? Si es así, puede pedirle a TennCare una apelación de emergencia. **Pídale a su médico que firme abajo** indicando que esta apelación es una emergencia. ¿Qué debe hacer si su médico **no** firma abajo pero usted **pide** una apelación de emergencia? Entonces, **le pediremos a su médico** que nos diga por escrito si su apelación es una emergencia. ¿Qué ocurrirá si su médico dice que su apelación **no** es una emergencia? Entonces, su apelación se decidirá a más tardar en 90 días. Una apelación de atención o medicina que ya recibió y pagó, **no** se tramitará como una emergencia.

SÓLO PARA USO DEL MÉDICO / FOR PHYSICIAN USE ONLY: I certify under penalty of perjury that I am the treating physician of the patient on behalf of whom this medical appeal is filed and that this appeal is an **emergency.** If this patient is required to wait 90 days for this care, s/he is at risk of serious health problems or death, severe impairment of bodily organs or parts, or hospitalization. I understand that any intentional act on my part to provide false information is considered an act of fraud under the State's TennCare program and Title XIX of the Social Security Act.

Physician Signature:_____ Date:_____

Tennessee License Number:_____

SIGA LEYENDO. Todavía queda **1 página más** que debe completar.

5. Díganos POR QUÉ quiere apelar este problema. Incluya cualquier error que piensa que TennCare cometió. Y, envíe copias de todos los papeles que cree que nos podrían ayudar a entender su problema.

_____

_____

_____

Para ver cuál(es) Parte(s) debe llenar a continuación, mire el número **3** en la página 1.

Parte A. Quiero cambiar de plan de salud. Nombre del plan de salud que quiere _____
O, si quiere que TennCare elija su nuevo plan, marque aquí con una X. ____

Parte B. Necesita atención o medicina. ¿De qué clase? Sea específico _____
¿Cuál es el problema? ___ No puedo obtener la atención médica o la medicina.
___ No puedo obtener toda la atención médica o medicina que necesito.
___ Me están reduciendo o suspendiendo la atención médica o medicina.
___ Tengo que esperar demasiado tiempo para obtener la atención médica o medicina.

¿Le recetó el médico la atención médica o la medicina? ___Sí ___No
Si respondió Sí, el nombre del médico _____

¿Le ha pedido a su plan de salud esta atención médica o medicina? ___Sí ___No
Si respondió Sí, ¿cuándo? _____

¿Qué dijeron? _____

¿Le llegó una carta sobre este problema? ___Sí ___No
Si respondió Sí, la fecha de la carta _____

¿Quién le envió la carta? _____

¿Está recibiendo ahora esta atención médica o medicina por medio de TennCare? ___ Sí ___ No

¿Quiere ver si puede continuar recibiéndola durante su apelación? ___ Sí ___ No

¿Su médico dice que sigue necesitándola? ___ Sí ___ No Si respondió Sí, nombre del médico _____

Si sigue recibiendo la atención médica o la medicina durante su apelación y pierde es posible que le tenga que rembolsar los gastos a TennCare.

Parte C. Cuentas de atención médica o medicina que usted piensa que TennCare debería pagar.

La fecha en que recibió la atención médica o la medicina _____ Nombre del doctor, la farmacia u otro lugar que lo atendió o le dio la medicina _____
Su número de teléfono (_____)_____-_____
Su dirección _____

¿**Pagó usted la atención o medicina y quiere que le reembolsen?** ___ Sí ___ No
Si respondió Sí, debe enviar una copia de un **recibo** que compruebe que usted pagó la atención médica o la medicina.

Si no pagó, ¿**le va a llegar una cuenta?** ___ Sí ___ No Si respondió Sí y piensa que TennCare debería pagar usted deberá enviar una copia de una **cuenta.** Díganos la fecha en que recibió la primera cuenta (si la sabe).

_____

CÓMO presentar su apelación médica **Haga una copia de las página completadas** y guárdela.
Luego, **ENVÍE POR CORREO** estas hojas y otros datos a:

TennCare Solutions
P.O. Box 593
Nashville, TN 37202-0593

O, envíelas por **FAX** (gratis) al 1-888-345-5575. **Conserve una copia** de la página que demuestra que su fax pasó.

Para apelar por **TELÉFONO,** llame gratis al 1-800-878-3192.
¿Tiene problemas del habla o del oído? Llame gratis a nuestra línea TTY/TDD al 1-866-771-7043.

TennCare no permite el trato injusto.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad o discapacidad. Si piensa que lo han tratado injustamente, llame gratis al Centro de Servicio para Asistencia Familiar al **1-866-311-4290.**